FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1883 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1er *Août* 1883, *à* 9 *heures*

PAR OLIVIER (ARISTIDE)



DU LAGOPHTHALMOS PARALYTIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA TARSORRHAPHIE CENTRALE

Président : M. PANAS, *professeur.*

Juges : MM. { RICHET, *professeur.*
RICHELOT, BOUILLY, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen................. M. BÉCLARD.

Professeurs.......... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SÉE (G.) HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MA SŒUR
Faible témoignage de ma profonde affection.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
(Externat, 1879.)

M. LE DOCTEUR G. DIEULAFOY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
(Externat, 1880.)

DU LAGOPHTHALMOS PARALYTIQUE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA TARSORRHAPHIE CENTRALE

INTRODUCTION

La *lagophthalmie* (λαγὼς ὀφθαλμός) est une affection, ou mieux, une difformité essentiellement caractérisée par une coaptation plus ou moins insuffisante des voiles palpébraux. L'œil reste par suite à découvert même au moment du sommeil, et l'action incessante de l'air et de la lumière sur cet organe si délicat en compromet la fonction. Abriter cet œil qui ne se ferme plus, en pratiquer l'occlusion est une indication qui s'impose. Rendre les paupières capables de protéger elles-mêmes le globe oculaire est le but à atteindre ou tout au moins à rechercher. Le mode d'intervention est évidemment subordonné aux causes productrices de cette affection et plus généralement à la forme qu'elle revêt. Or, quelle que soit leur diversité, ces causes peuvent être ramenées à trois principales.

En effet la lagophthalmie peut être produite :

1° Par une insuffisance relative des paupières provoquée par une exophthalmie augmentant l'étendue dc la surface oculaire ;

2° Par une brièveté des paupières résultant d'une perte de substance ou d'une rétractilité des tissus ;

3° Par une paralysie des paupières, l'action de leur muscle constricteur ayant cessé. On emploie le mot paralytique pour distinguer cette forme des deux précédentes.

La nature de la difformité à combattre fournira évidemment des indications dans le choix d'un traitement. Mais on devra en même temps se préoccuper de prévenir ou de réparer les lésions dont le globe oculaire peut être le siège. Ces conditions sont indispensables à un traitement utile et rationnel. C'est là, il faut en convenir, un idéal thérapeutique qui n'est pas toujours atteint. La *tarsorrhaphie* centrale (nous décrivons plus loin ce procédé opératoire) dans les cas de *lagophthalmie paralytique* répond, ce nous semble, à cet idéal. C'est une opération simple, qui suffit seule à toutes les indications et dispense par conséquent de l'emploi du bandeau compressif supporté si difficilement par les malades.

Pendant la durée de notre externat dans le service de M. le professeur Panas, il nous a été donné de constater les résultats excellents obtenus par ce procédé opératoire. Nous avons pensé faire œuvre utile en les faisant connaître. Aidé d'ailleurs par les savants conseils de ce maître éminent, nous avons pu poursuivre et accomplir ce projet. Nous sommes heureux de lui adresser ici, avec la dédicace de ce travail, l'expression sincère de notre bien vive gratitude et nous le prions d'en agréer le respectueux témoignage.

Toutefois, avant d'indiquer quel doit être le traitement d'une

affection, avant d'en discuter la valeur et en démontrer l'opportunité, une connaissance précise de l'affection elle-même nous paraît indispensable.

Donnons d'abord une description du lagophthalmos paralytique. Nous pensons que cette description est d'autant plus nécessaire que les auteurs n'ont encore donné de cette forme de lagophthalmie aucune vue d'ensemble et qu'ils se sont bornés, du moins pour la plupart, à examiner cette affection à un point de vue exclusif et particulier.

CHAPITRE PREMIER.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU MUSCLE ORBICULAIRE DES PAUPIÈRES.

Le lagophthalmos paralytique est une conséquence de la paralysie du *muscle orbiculaire* des paupières, sorte de sphincter elliptique étendu du pourtour de l'orbite dans l'épaisseur des paupières. Le nerf facial anime ce muscle : c'est le seul organe concourant à la vision qui soit sous la dépendance de ce nerf moteur. Claude Bernard (1) reproduisant l'expérience de Ch. Bell déclare, en effet, « que la section du facial ne produit pas d'autres effets sur l'œil que ceux de la paralysie du muscle orbiculaire des paupières ».

C'est bien, en effet, lorsque le nerf de la septième paire sera paralysé, qu'on observera la paralysie de ce muscle et la lagophthalmie qui en sera la conséquence ; mais dans un plus grand nombre de cas on verra ce muscle conserver son action, quoique

(1 Cl. Bernard. Leç. sur phys. et path. du syst. nerv., t. II.

son nerf moteur soit paralysé. Or il en est toujours ainsi toutes les fois que la lésion nerveuse, au lieu d'être centrale, sera périphérique. C'est un fait sur lequel Trousseau (1) a beaucoup insisté : « Quelque complète, a-t-il dit, que soit une hémiplégie tenant à une lésion du cerveau, jamais je n'ai vu le muscle orbiculaire des paupières complètement paralysé ; *l'œil peut toujours se fermer ;* tandis que, dans la paralysie de Bell, la paralysie de l'orbiculaire des paupières ne manque jamais, et *l'occlusion complète de l'œil est impossible.* »

L'opinion de Trousseau sur ce point est intéressante à noter, mais elle mérite d'être expliquée.

M. le professeur Vulpian pense que les fibres de l'orbiculaire échappent à l'entrecroisement présenté par toutes les autres fibres du facial. Elles restent directes, viennent de l'hémisphère correspondant et non de l'hémisphère opposé dans lequel siège la lésion qui a donné lieu à la paralysie.

S'il en était ainsi, fait observer Larcher, on devrait constater la paralysie directe de l'orbiculaire coïncidant avec la paralysie croisée des autres muscles de la face. Or, c'est une combinaison de symptômes qu'on n'observe pas. Et cet auteur croit plutôt devoir admettre l'intervention du grand sympathique. Ce nerf aurait une action sur ce muscle orbiculaire. C'est d'ailleurs une opinion émise par Cl. Bernard (2). Admettons que l'action du grand sympathique puisse être équivalente à l'action du facial, nous sommes autorisé à nous demander comment dans les cas de paralysie de Bell le grand sympathique n'agit plus sur l'orbi-

(1) Trousseau. Clin. méd., t. II, p. 336.
(2) Loc. cit.

culaire palpébral. Quelle preuve a-t-on de l'atteinte subie par ce nerf ganglionnaire, en dehors de la paralysie du muscle ?

L'hypothèse émise par Broadbent a été bien plus facilement acceptée. D'après cet auteur, les fonctions de l'orbiculaire persisteraient dans l'hémiplegie complète au même titre que celles des muscles des yeux, du tronc et du larynx, muscles dont les mouvements sont associés et bilatéraux. On pourrait admettre l'existence de commissures qui relieraient les noyaux des nerfs moteurs de ces muscles et qui permettraient au noyau sain de suppléer en partie le noyau détruit. Il est en effet digne de remarque qu'il est assez fréquent de voir des hémiplégiques qui sont dans la nécessité de fermer les deux yeux simultanément. Il leur est impossible de contracter l'orbiculaire du côté paralysé sans contracter en même temps celui du côté sain. L'intégrité de l'orbiculaire ne serait donc assez souvent qu'apparente. M. Coingt (1), pour prouver cette apparence d'intégrité, a recours à un procédé employé déjà par Legendre. On invite les malades atteints d'hémiplégie cérébrale à tenir leurs yeux fermés et on essaie avec le doigt de soulever les paupières supérieures ; la résistance qu'on éprouve est inégale. Elle est moindre du côté paralysé que du côté sain.

L'intégrité absolue du muscle orbiculaire est évidemment moins fréquente qu'on ne l'avait cru. Nous ne pensons pas cependant qu'elle soit aussi exceptionnelle que O. Berger (2) vient de l'affirmer. Car, il n'est pas rare d'observer des hémiplégiques généraux qui peuvent contracter isolément l'orbiculaire correspondant

(1) Th. Paris, 1878.
(2) Centralbl. f. Ner., 1879.

à l'hémiplégie et chez lesquels cette contraction n'entraîne en aucune façon celle du muscle opposé. Chez ces malades, le procédé de Legendre donne des résultats bien ineertains. La théorie de Broadbent ne suffit plus à expliquer ees cas d'immunité absolue. Quelque séduisante au premier abord que paraisse cette théorie, on doit reconnaître que dans un assez grand nombre de cas, elle ne donne pas une explication satisfaisante.

Nous croyons devoir ajouter que Coingt et O. Berger, en n'acceptant pas l'opinion généralement admise sur l'immunité dont jouirait l'orbiculaire dans l'hémiplégie eérébrale vulgaire, ont soulevé, à notre sens, une simple diseussion théorique, dont la clinique n'a pas à se préoceuper. Alors même que ce musele serait atteint par les lésions eérébrales, sa fonction persiste néanmoins, car l'occlusion des paupières reste possible et la lagophthalmie ne survient pas. Ce fait ne se produit plus lorsqu'il s'agit d'une paralysie de Bell.

M. Coingt, dans sa thèse, nous présente eependant des observations d'hémiplégies généralisées, dans lesquelles l'œil restait entr'ouvert. Or, remarquons que, dans ces cas, la lésion a cessé d'être cérébrale. Elle a son siège dans la portion bulbaire ou portion inférieure de la protubéranee ; et déjà à ce niveau les fibres du facial sont entrecroisées (Gubler) (1).

Il n'est plus question dans ces cas de paralysie croisée, ni de paralysie centrale ; la paralysie est direete, en quelque sorte périphérique, le conducteur lui-même étant atteint. Ces paralysies doivent être considérées ainsi, car le muscle perd sa contraetilité, et de son eôté le nerf s'altère eomme dans les paralysies périphériques. Il est bien entendu que ces considérations sur

(1) Gubler. Hém. alt. Gaz. hebd., 1856-58.

l'hémiplégie alterne s'appliquent exclusivement au nerf de la septième paire et à son territoire musculaire.

Mais le siège intra-crânien de la lésion, pas plus que la généralisation de l'hémiplégie ne sont des conditions suffisantes pour constituer l'immunité de l'orbiculaire palpébral. Il faut plus que cela; il est nécessaire que la lésion porte non sur le trajet du nerf, mais sur son origine, sur son centre même, comme cela a lieu pour l'hémorrhagie ou le ramollissement du cerveau, maladies qui, comme on le sait, n'engendrent pas la lagophthalmie. Cependant des lois absolues ne régissent pas la pathologie. En voici un exemple :

En 1879, M. Hallopeau (1) donnait ses soins à une malade atteinte d'une hémiplégie d'origine cérébrale. M. Hallopeau dans ce cas ne constata plus l'intégrité de l'orbiculaire. La paralysie de ce muscle était même plus accentuée que ne l'était celle des muscles animés par les filets inférieurs du facial. Déjà en Allemagne, Huguenin (2) et Chwostek avaient chacun signalé un fait analogue. Ces trois faits contraires à la règle habituelle sont jusqu'à ce jour les seuls connus. On a pu les soumettre à l'analyse anatomo-pathologique et en chercher l'explication. On s'est alors rendu compte de la cause qui avait entraîné la paralysie de l'orbiculaire palpébral et conséquemment des conditions dans lesquelles ce muscle reste indemne.

M. Hallopeau a comparé ces résultats nécroscopiques. Il résulte de cette étude comparative que le noyau lenticulaire a été trouvé constamment détruit en partie par une hémorrhagie, fait

(1) Hallopeau. Société de biologie, juil. 1879

(2) Huguenin. Anatomie des centres nerveux. Trad. Keller, 1879.

qui semble indiquer que les filets supérieurs du facial, ou fibres motrices de l'orbiculaire, traversent ce noyau.

Huguenin, d'accord en cela avec M. Mathias Duval (1), localise le faisceau de l'orbiculaire dans l'anse lenticulaire. Il aurait trouvé ce faisceau partiellement détruit par l'hémorrhagie en même temps que le noyau lenticulaire.

MM. Hallopeau et Chwostek n'ont pas vu le foyer hémorrhagique s'étendre jusque-là. Ce foyer aurait pu cependant agir par compression ; mais rien ne le prouve. D'ailleurs, comme les faisceaux de l'anse lenticulaire se continuent avec les tractus blancs du noyau, cette différence d'interprétation n'a pas une grande importance.

Si on remarque que l'hémorrhagie cérébrale au lieu d'élection se fait à la surface externe du noyau extra-ventriculaire par rupture à ce niveau de l'artère lenticulo-striée, on ne s'étonnera pas de voir ordinairement l'orbiculaire palpébral conserver son action, puisque les cas pathologiques précédents nous montrent les filets propres à ce muscle dans d'excellentes conditions pour être souvent épargnés.

Pour que cette localisation fût exacte, on devrait, a-t-on dit, observer la paralysie des paupières dans les cas de ramollissement par obstruction complète de la *sylvienne*, vu que cette artère serait la seule à apporter du sang au corps strié (Duret) (2).

Des recherches auxquelles M. Hallopeau s'est livré à ce sujet il résulte que la cérébrale antérieure et la choroïdienne antérieure fournissent aussi des artérioles au noyau lenticulaire. Rappelons d'ailleurs que M. Rendu avait déjà admis l'existence de vaisseaux qui allaient de la cérébrale antérieure au corps strié.

(1) Soc. de biologie, 1879.
(2) Duret. Archives de physiologie, 1874.

Plus tard Heubner (1) décrivait une artère qui, née du confluent de la cérébrale antérieure et de la sylvienne, atteignait le noyau extra-ventriculaire. Malgré l'oblitération de l'artère sylvienne, la vie persistera par conséquent dans une portion du noyau lenticulaire, et c'est cette portion qui doit donner passage aux filets moteurs de l'orbiculaire.

Arrivé à ces conclusions, qui permettent de comprendre pourquoi les lésions cérébrales ne produisent pas d'ordinaire des paralysies faciales complètes, M. Hallopeau pense qu'on peut concevoir de la manière suivante le trajet intra-cérébral du facial supérieur (2). « Né d'un point indéterminé de l'aire motrice, il traverserait la capsule interne, puis le noyau lenticulaire sous forme de tractus blancs, passerait dans l'anse de même nom, et viendrait enfin se placer avec celle-ci à la partie interne du pédoncule cérébral, pour s'entrecroiser ensuite dans un point encore indéterminé de la protubérence annulaire. »

Ainsi M. Hallopeau ne considère pas le noyau lenticulaire comme un centre. Un faisceau relierait cette région à l'écorce grise en un point bien distinct du centre cortical du facial inférieur, puisque ce dernier nerf est d'ordinaire seul intéressé par les lésions des circonvolutions cérébrales. Il faut cependant reconnaître que les cas de paralysie du facial supérieur à la suite de lésions corticales sont assez rares pour les faire considérer par M. Landouzy comme hypothétiques.

Quant à lui, il déclare n'en avoir jamais constaté l'existence. Voici d'ailleurs à ce sujet les conclusions qu'il a posées dans son

(1) Heubner. Centralblatt, 1874.
(2) Loc. cit.

étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales :

Il n'y a pas de rapports de voisinage entre le centre du facial inférieur et le centre moteur des muscles orbiculaires palpébral, sourcilier et frontal.

La fusion entre le faisceau supérieur et inférieur ne se fait pas dans l'hémisphère, puisque les lésions corticales ou centrales n'associent jamais dans les troubles paralytiques les rameaux supérieurs et inférieurs (1).

M. Landouzy est donc peu disposé à croire que le noyau d'origine du facial supérieur soit relié à l'écorce grise. Il serait plutôt d'avis de n'attribuer à ce nerf que des origines exclusivement bulbaires. Aussi à l'occasion des faits pathologiques cités précédemment cet auteur s'est demandé si des lésions du bulbe n'auraient pas existé.

Il faut reconnaître que l'hypothèse de M. Hallopeau doit être admise avec réserve. Si une dissociation d'origine corticale dans l'action du facial reste encore à prouver, il est certain cependant que les branches supérieures et inférieures de ce nerf ont un centre moteur distinct et que les faisceaux qui naissent de ces centres ne se réunissent pas dans l'hémisphère. Pour expliquer l'absence de paralysie de l'orbiculaire palpébral dans l'hémiplégie faciale d'origine cérébrale, on n'a plus besoin de supposer une action du grand sympathique (Larcher), ni l'existence de commissures qui assureraient aux nerfs des deux côtés une suppléance réciproque (Broadbent) ; l'indépendance des faisceaux d'origine de ce nerf de la septième paire permet bien de comprendre la dissociation de sa paralysie à la suite de lésions céré-

(1) Landouzy. Th. Paris, 1876.

brales. C'est ainsi que l'immunité de l'orbiculaire des paupières doit être comprise, bien qu'il soit encore bien difficile, il faut l'avouer, de donner de ce problème pathologique une explication complète à l'abri de toute objection.

En résumé le muscle orbiculaire des paupières, quoique tributaire du nerf de la septième paire, échappe souvent à la paralysie de ce nerf. Lorsque la paralysie faciale est d'origine cérébrale, le lagophthalmos paralytique s'observe très rarement ; au contraire, il est fréquent de le voir survenir dans le cours d'une paralysie de Bell. Suivant que l'orbiculaire palpébral sera indemne ou malade, on pourra formuler le diagnostic de l'une ou l'autre paralysie nerveuse.

Un élément bien plus certain de diagnostic nous sera fourni par les phénomènes électro-musculaires signalés pour la première fois par Duchenne (de Boulogne) (1). Dans la paralysie cérébrale la contractilité farado-musculaire est conservée ; il en est tout autrement dans la paralysie périphérique : cette réaction électrique disparaît après un petit nombre de jours. Dans ce dernier cas, Erb d'abord, Onimus et Legros (2) ensuite, ont en outre constaté une exaltation de la contractilité galvano-musculaire.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur cette question physiologique, mais il ne nous a pas paru hors de propos d'en dire un mot dans le but de faire ressortir les caractères de la paralysie du muscle orbiculaire des paupières, et de pouvoir mieux indiquer le choix d'un traitement.

(1) Duchenne, de Boulogne. Traité de l'électrisation localisée.
(2) E. Onimus et Ch. Legros. Traité de l'électricité médicale, 1872.

CHAPITRE DEUXIÈME.

ÉTIOLOGIE ET PATHOLOGIE DU LAGOPHTHALMOS PARALYTIQUE.

Le lagophthalmos paralytique, sauf les rares exceptions citées et discutées précédemment, aura la même étiologie que la paralysie de Bell. C'est habituellement à la suite d'un refroidissement ou d'un traumatisme du facial que surviendra la lagophthalmie. Les altérations de l'oreille seront encore une cause fréquente de cette affection. Cette paralysie palpébrale se manifestera aussi dans la paralysie faciale des nouveau-nés (Landouzy) (1). Elle dominera même les troubles paralytiques de la face qui accompagnent la lèpre (Bull et Hansen) (2).

Dans les cas de lagophthalmie double, ces diverses causes auront agi bilatéralement, mais il sera préférable d'invoquer une cause plus générale, telle que la scrofule, la syphilis, qui produisent des lésions des deux oreilles.

Mais de toutes ces causes, la plus fréquente, celle qui est le plus communément observée, c'est le refroidissement. Dans ce cas, la paralysie prend le nom de *rhumatismale*. Un simple courant d'air, le séjour dans un endroit humide suffisent le plus souvent pour lui donner naissance. Au milieu de la santé la plus parfaite, le malade s'aperçoit tout à coup d'une certaine gêne dans la mastication, dans l'acte de cracher. La paralysie faciale à fri-

(1) Landouzy. Th. Paris, 1839.
(2) The Lleprous disease of the eye. Christiana, 1873.

gore est ainsi constituée ; elle s'est établie sans que le sujet ait eu, en quelque sorte, conscience de son invasion.

La physionomie de l'homme atteint d'hémiplégie faciale est caractéristique. Une moitié de la face est immobile, sans expression, et contraste d'une manière étrange, ridicule même, avec l'animation de l'autre moitié de la face. Bérard rapporte le fait d'un acteur anglais qui dut son succès à une affection de ce genre, qu'il sut mettre à profit. Le côté paralysé est, en outre, plus saillant et semble se porter vers le côté sain, qui est comme rabougri, ridé et semble disparaître. L'action de parler, et surtout celle de rire, ne fait qu'accentuer ce contraste. « Du côté sain, la commissure des lèvres est entraînée en haut et en dehors, l'aile du nez se relève et s'ouvre, l'œil peut se fermer à volonté, les plis du front se prononcent ; tandis que du côté affecté, la commissure des lèvres reste abaissée, la narine fermée, l'œil ouvert, le front immobile » (1).

Ce défaut de symétrie n'existe plus dans les cas de diplégie ; tout le visage est alors immobile, il ressemble à un masque inanimé. C'est bien ici le cas de considérer avec M. le professeur Jaccoud la paralysie faciale comme un véritable cosmétique, puisque, par suite de l'absence des contractions musculaires, les rides se sont effacées des deux côtés du visage.

Après avoir exposé les caractères généraux de la paralysie faciale, nous allons décrire, avec quelques détails, l'akinésie du muscle qui nous intéresse spécialement, j'ai nommé l'orbiculaire des paupières.

L'action de ce muscle constricteur des paupières ayant cessé, la fente palpébrale est plus largement ouverte, et par suite l'œil

(1) Trousseau. Loc. cit., t. II, p. 340.

paraît plus saillant, plus volumineux. La paupière inférieure, entraînée par son propre poids, s'abaisse, s'écarte du globe oculaire et se renverse en dehors pour constituer un ectropion. La paupière supérieure est maintenue relevée par son muscle élévateur qui, animé par le moteur oculaire commun, n'a plus son action limitée par celle du constricteur. Cependant, pour observer cette action prépondérante du releveur, il faut que le malade regarde en haut; s'il regarde vers le sol, la paupière supérieure, n'obéissant plus qu'à son propre poids, s'abaisse plus qu'à l'état normal et, par conséquent, plus que du côté sain. D'ailleurs, du côté paralysé, la fente palpébrale est située un peu plus bas, ses contours ne sont plus les mêmes, elle est déformée : le bord palpébral inférieur se montre moins arqué et, vers le grand angle, l'écart des paupières est plus accusé que vers la commissure externe. Comme le bord palpébral inférieur ne peut plus s'élever, la chute de la paupière supérieure ne suffira plus à recouvrir, durant le sommeil, le globe oculaire. La fente palpébrale restera béante de 2 à 4 millimètres.

Une conséquence grave de l'inertie palpébrale sera le défaut de clignement. Cet acte, qui consiste en des contractions très courtes et saccadées de l'orbiculaire palpébral, a pour but essentiel d'étaler les larmes sur la surface conjonctivale ; il assure ainsi la transparence de la cornée et en prévient le dessèchement. Il est vrai que les sensations rétiniennes et cornéennes font bien naître la sensation du besoin de cligner; d'autre part, le nerf lacrymal produit bien une hypersécrétion lacrymale, mais, dans ce cas, le nerf moteur de l'orbiculaire ne répond plus à cette action réflexe. Les larmes, par conséquent, s'écouleront le long de la joue et ne seront plus utilisées à lubrifier le globe oculaire

dont la transparence ne tardera pas à diminuer rapidement, et même à disparaître. L'œil, restant en outre constamment ouvert, va être exposé à l'action irritante de l'air, il ne sera plus abrité par ses voiles naturels; rien ne s'opposera plus à la pénétration des corpuscules flottant sans cesse dans l'atmosphère et, finalement, l'organe de la vision ne tardera pas à être le siège d'une inflammation. Assez souvent, cette inflammation se limitera à la conjonctive palpébrale qui s'injectera, prendra une couleur d'un rouge plus ou moins vif, ses vaisseaux se montreront turgescents, et il ne sera point rare de voir, sur la muqueuse conjonctivale, des granulations plus ou moins nombreuses. La cornée elle-même est atteinte assez souvent; légèrement opalescente d'abord, elle ne tarde pas à devenir entièrement opaque; elle s'ulcère, se perfore, et la vision, de plus en plus compromise, ne tarde pas à être absolument abolie.

Des accidents identiques se produisent dans certains cas de fièvre putride et quelques cas de dothiénentérie. L'inocclusion des paupières est alors un signe de la gravité de la maladie.

La gravité de cet état de choses n'avait pas échappé à l'observation d'Hippocrate, qui dit en effet dans ses aphorismes : « Les malades qui dorment les yeux demi-fermés sont dans un état grave ». Et on comprend aisément qu'il en soit ainsi : le malade n'a plus alors conscience de l'impression douloureuse produite par le contact de l'air, et le besoin de cligner n'existe plus.

Les raisons qui font que ces redoutables accidents, que nous signalions tout à l'heure, ne se produisent pas toujours, sont les suivantes : « d'une part, les mouvements du globe oculaire, opérés par les muscles propres, suppléent en partie au clignement; d'autre part, les malades, avertis par leur instinct, y suppléent

aussi en abaissant de temps en temps, avec leurs doigts, la paupière paralysée pour en frotter la surface de l'œil » (1).

En outre, dans le sommeil, le globe oculaire se porte en haut et trouve assez souvent un abri suffisant derrière la paupière supérieure tombée dans le relâchement. C'est ce qui nous explique pourquoi le segment inférieur de la cornée est presque toujours atteint le premier, car cette portion cessera d'être protégée dès que la paupière supérieure ne remplira que d'une manière plus ou moins incomplète le rôle tutélaire qui lui est dévolu.

L'absence de clignement et l'ouverture permanente de l'œil, fournissent un aliment à l'irritation sans cesse croissante de la conjonctive et à la sécrétion de la glande lacrymale qui devient plus abondante. D'autre part l'ectropion de la paupière inférieure ayant pour effet de faire disparaître le cul-de-sac conjonctival dont le but était de retenir les larmes et de les aider à cheminer vers l'angle interne de l'œil, il s'ensuit que les larmes s'écouleront le long de la joue et cet écoulement sera d'autant plus abondant que les points lacrymaux seront hors d'état de les recevoir. Ces points lacrymaux sont renversés en dehors et le clignement ne se produisant plus, le muscle de Horner cesse d'écarter la partie antérieure du sac lacrymal de sa partie postérieure, et ainsi est rendue impossible l'action définitive de ce muscle qui est de faire le vide dans le sac et d'y entraîner les larmes. Cette hypersécrétion des larmes et leur écoulement le long de la joue constituent les deux phénomènes de larmoiement et d'épiphora.

Par leur écoulement incessant, les larmes provoquent un érythème de la paupière inférieure et même de la joue, dont la peau

(1) Trousseau. Loc. cit., t. II, p. 339.

tendue rouge et luisante peut simuler un érysipèle. Il arrive même que l'épiderme gonflé, imbibé en quelque sorte, se détache et il se forme une ulcération ou mieux une érosion en forme de rigole dont la cicatrisation ne fera qu'augmenter l'ectropion existant déjà.

CHAPITRE TROISIÈME

TRAITEMENT DE LA LAGOPHTHALMIE PARALYTIQUE. TARSORRHAPHIE CENTRALE.

Quand ces divers troubles oculaires surviennent, le lagophthalmos paralytique n'est plus une affection qui puisse passer inaperçue pour le malade. Ce n'est plus une simple gêne qu'il éprouve ; des douleurs plus ou moins vives sont la conséquence forcée de l'état inflammatoire du globe oculaire, douleurs ravivées par l'action persistante de l'air et qui atteignent leur paroxysme dans les cas d'ulcère de la cornée. Calmer de pareilles souffrances est la première indication qui s'impose. On y réussira fort bien en mettant le globe de l'œil à l'abri du contact de l'air et de la lumière : cette façon de procéder procure aux lagophthalmiques un soulagement rapide et considérable. Ce soulagement est tel que M. le professeur Verneuil (1) a vu une malade s'opposer à ce qu'on ouvrît ses paupières, qui atteintes d'ectropion avaient été précédemment suturées.

Par l'occlusion artificielle de l'œil on ne triomphe pas seule-

(1) Verneuil. Communication à la Soc. de chirurgie, 1871.

ment de la douleur, on régénère en quelque sorte l'œil lui-même, on répare les lésions produites par l'irritation de l'air.

Trousseau dans ses cliniques insiste sur ce fait et rapporte une observation d'Ambroise Tardieu intéressante à rappeler.

« Un homme prit une scarlatine qui dès l'abord se compliqua d'accidents septiques. Ses paupières restèrent entr'ouvertes, et le segment inférieur de la cornée lucide se ramollit. Déjà il y avait des douleurs extrêmement vives, de la photophobie, un trouble considérable de la vue. Tout à coup survient un érysipèle du visage qui envahit d'emblée les deux paupières, dont l'occlusion fut complète pendant quatre jours. Lorsque l'érysipèle céda et que les yeux se rouvrirent, M. Tardieu vit avec bonheur que ces yeux qu'il avait crus perdus étaient parfaitement guéris » (1).

Nélaton avait déjà remarqué qu'à la suite de l'occlusion des paupières les inflammations de la cornée se modifiaient d'une manière avantageuse (1).

Le Dr Spencer Waston (3) a publié un cas de kératite consécutive à une paralysie faciale. La fermeture artificielle de l'œil amena rapidement la guérison.

De nombreux faits analogues pourraient être ajoutés encore; mais il nous paraît que ceux que nous venons de relater suffisent pour montrer l'importance de l'occlusion palpébrale. C'est par elle seule que les douleurs et les lésions provoquées par la lagophthalmie pourront être combattues.

Maintenant se pose la question de savoir quel est le meilleur procédé à employer. Pour mieux résoudre ce point nous allons

(1) Trousseau. Loc. cit., t. I, p. 366.
(2) Arch. d'oph., par Jamain, t. I, 1854.
(3) The practitioner, 1873.

passer d'abord en revue les différents procédés d'occlusion qui tour à tour ont été préconisés et nous chercherons à faire ressortir les avantages et les inconvénients que chacun d'eux peut présenter.

De tous les procédés, le plus connu et le plus généralement employé est sans contredit le bandeau compressif. C'est une sorte de monocle que l'on applique directement sur l'œil dans le but de maintenir les paupières fermées. Mais pour atteindre ce résultat une compression plus ou moins énergique du globe de l'œil est toujours nécessaire.

Or c'est là un des graves inconvénients de l'emploi de ce bandage. Cette pression continue est pour l'œil une source nouvelle d'irritation, et la souffrance du malade est telle que parfois l'emploi du bandeau doit être suspendu. Aussi a-t-on proposé de ne l'employer qu'à des intervalles plus ou moins rapprochés, afin de permettre un certain repos de l'organe malade; c'est reconnaître implicitement l'inconvénient que nous reprochons à ce bandage. Pour être devenu périodique, il ne sera pas moins pendant toute la durée de son application une source de gène et de fatigue pour le malade. La suspension du traitement diminuera sans doute la chaleur développée autour de l'œil par le poids de l'appareil; mais à ce moment l'œil sera de nouveau en présence de l'air et de la lumière, causes premières de son inflammation. Nous n'ignorons pas, comme on l'a avancé, que par l'effet du bandeau les paupières prennent une certaine position, un certain pli qui leur permet de protéger pendant un temps plus ou moins long le globe oculaire. Mais pour qu'il en soit ainsi il faudrait que les voiles palpébraux eussent été maintenus dans une bonne position; or il n'en est rien. Presque toujours en effet

quand on enlève l'appareil on trouve la fente palpébrale plus ou moins béante, laissant l'œil plus ou moins à découvert. Par conséquent l'emploi périodique du bandeau nous semble dangereux, car il peut être pour l'œil la source de complications nouvelles.

A la vérité, le seul avantage incontestable de ce procédé d'occlusion est de préserver l'œil des particules en suspension dans l'atmosphère. Mais ces conditions elles-mêmes nous paraissent bien mieux remplies par cinq ou six bandelettes de taffetas gommé, qui établissent plus exactement la juxtaposition des bords palpébraux sans être une cause de gêne aussi grande pour le malade.

En résumé, le bandeau compressif pourra être employé sans trop d'insuccès dans ces cas légers, pour lesquels quelques jours d'occlusion sont à peine nécessaires. La durée de son application sera assez courte pour ne pas laisser à l'œil le temps de se congestionner et de s'enflammer. Dans tout autre circonstance, les souffrances éprouvées par le malade ne nous permettront pas de prolonger plus longtemps l'emploi de ce bandage.

Comme on ne peut sans danger laisser l'œil à découvert, on a cherché à agir directement sur les paupières, afin de diminuer leur écartement et de rendre leur rapprochement plus facile.

Dans ce but, Dieffenbach (1) a pratiqué la section sous-cutanée du muscle élévateur de la paupière supérieure ; un prolapsus de la paupière supérieure a été la conséquence de cette section. Il a ainsi donné à l'œil un abri suffisant contre l'air et les poussières atmosphériques ; mais c'est au prix d'une infirmité incurable,

(1) Dieffenbach. Die operative chirurgie, t. I, 1845.

dont plus tard les malades guéris de leur paralysie orbiculaire seront loin de se réjouir. Lutter contre les accidents d'une lagophthalmie en créant une blépharoptose qui survivra à cette affection nous paraît être un résultat bien peu désirable. Par suite, cette méthode de Dieffenbach ne nous paraît pas devoir être adoptée.

De Graefe a songé le premier à recourir à la tarsorrhaphie dans le cas de lagophthalmos paralytique. Cette opération, introduite dans la chirurgie oculaire par Walther, de Munich, (1) consiste à réunir dans une étendue variable les bords libres des paupières du côté de leur angle externe. Voici la façon de procéder adoptée par de Graefe, qui a un peu modifié le procédé de Walther :

On détermine le point auquel doit correspondre la nouvelle commissure. On a soin de protéger l'œil par la plaque d'ivoire introduite entre les paupières, et on excise du bord libre de chacune d'elles un lambeau ayant en hauteur de 1^{mm} 1/2 à 2^{mm}, et en longueur de 3^{mm} à 6^{mm}, de telle façon que les deux plaies se réunissent à la commissure. Il est nécessaire que le tranchant du bistouri enlève tous les bulbes des cils. A leur extrémité interne, les deux plaies se terminent perpendiculairement au bord libre des paupières ; mais, pour assurer une réunion plus intime en ménageant les cils, on avive encore, et cette fois légèrement, le bord ciliaire, dans une étendue de 2^{mm} à 3^{mm} au delà de chacune des sections perpendiculaires supérieurement indiquées ; une ou deux sutures suffisent pour garantir la réunion (2).

(1) Journal de de Græfe et de Walther, t. IX, 1826.
(2) Arch. für ophth., t. III.

Dans ce procédé de de Graefe, Landolt fait remarquer qu'on sacrifie le bord libre des paupières, y compris les cils. La tarsorrhaphie ainsi pratiquée n'est ni plus ni moins qu'une mutilation irrémédiable ; mais tel ne doit pas être le but de cette opération, pratiquée dans l'intention de fermer d'une façon définitive ou temporairement une plus ou moins grande partie de la fente. Si la tarsorrhaphie est définitive, la conservation des cils masquera la réunion d'une portion de la fente ; si elle est temporaire, alors qu'on aura à rétablir plus tard la fente palpébrale, il serait vraiment bien regrettable de priver gratuitement les bords palpébraux de leur plus précieux ornement.

Afin d'obvier à ces inconvénients, MM. Wecker et Landolt (1) recommandent la manière de procéder qui est la suivante :

1° On avive les bords libres des paupières, tendues sur la plaque d'écaille, au moyen du couteau à cataracte de Beer, en ayant soin de n'enlever au devant des cils exactement que la couche épithéliale. Cette excision est complétée dans la commissure externe (dépourvue de cils) au moyen de petits ciseaux courbes très fins. On a soin de n'effleurer, pendant cet avivement, ni glandes tarsiennes, ni bulbes pileux, et de dépasser de quelques millimètres l'étendue suivant laquelle on veut voir prendre les bords palpébraux ;

2° On réunit les paupières par plusieurs sutures métalliques profondes ; les fines anses d'argent, placées suffisamment loin pour qu'elles ne puissent couper la peau, sont laissées en place aussi longtemps qu'on le juge nécessaire pour obtenir une parfaite réunion.

Une autre modification plus importante encore a été apportée

(1) Traité complet d'ophth. P. 1878.

au procédé de Walther. Cette modification consiste à ne plus faire porter la suture des paupières sur leur angle externe, mais à l'appliquer à la partie médiane. C'est pour caractériser cette différence importante que M. le professeur Panas a l'habitude de désigner ce nouveau procédé du nom de *tarsorrhaphie centrale*.

Voici de quelle façon procède M. le professeur Panas :

Il avive le bord libre des paupières dans leur partie moyenne en ayant soin d'enlever, au devant des cils seulement, la couche épithéliale. Ces deux surfaces saignantes sont réunies par deux ou trois points de suture. Puis il applique un pansement léger, pour maintenir les paupières jusqu'à ce que les adhérences soient établies. Vers le cinquième jour, l'adhérence du centre des paupières est complète et les fils sont retirés. Remarquons que pas le moindre bandeau compressif n'est appliqué sur l'œil. De chaque côté de cette adhérence médiane des voiles palpébraux s'établissent deux petites fentes qui permettent de surveiller l'état de l'œil, tout en laissant au malade la jouissance partielle de sa vision.

Au sujet de ce procédé opératoire, Bowman donne les conseils suivants : En pratiquant cette opération, il faut veiller à ce que les tissus qui constituent le bord tarsien conservent plus tard leur intégrité. Il suffit d'enlever délicatement un mince lambeau sur les deux bords opposés, le long de la ligne des follicules de Meibomius, et sans comprendre les cils. On fait alors usage de fils très fins, qui doivent être introduits loin des bords de l'incision, de façon à bien maintenir les paupières sans crainte d'amener une dilacération des tissus. On enlève les fils du cinquième au huitième jour seulement.

La tarsorrhaphie centrale est, en somme, d'une exécution facile. Il faut avoir soin seulement de ne point léser les paupières, pour que plus tard redevenues libres, elles ne présentent aucune trace de l'opération dont elles ont été le siège. En effet, lorsque le muscle orbiculaire aura recouvré son énergie, on détruira l'adhérence établie entre les bords palpébraux et il serait alors regrettable qu'une lésion cicatricielle vienne gêner leur fonction.

M. le professeur Panas n'attend pas la guérison complète de la paralysie pour diminuer l'étendue de l'adhérence. Quand il constate que la tonicité musculaire commence à se rétablir, il enlève un premier point de suture, puis un second ; il ne laisse ainsi jusqu'à la fin de la maladie qu'un seul point de suture : ce point est celui qui réunit les paupières exactement à leur partie médiane.

Cette légère adhérence entre les deux paupières produit une occlusion qui, pour être moins complète que dans la blépharorrhaphie, n'en fournit pas moins des résultats tout aussi favorables. Le sujet ne souffre plus, les lésions de son œil se sont heureusement modifiées, elles tendent à disparaître et en même temps l'acuité visuelle a augmenté. En outre, fait sur lequel nous ne saurions trop insister, sous l'influence de cette petite adhérence, la tonicité du muscle orbiculaire se rétablit, elle s'accroît même assez pour que le dernier point de suture puisse être enlevé sans le moindre inconvénient, et l'on constate finalement que la fonction des voiles palpébraux s'accomplit intégralement. Cependant la paralysie faciale persiste encore, aucune contraction musculaire soit du muscle buccinateur, soit de l'orbiculaire des lèvres ne s'est encore manifestée. Or, c'est là un fait très important et de la valeur duquel nous pensons pouvoir nous autoriser pour

arriver à conclure en définitive que la tarsorrhaphie centrale, considérée comme procédé d'occlusion, est non seulement bien supérieure aux méthodes préconisées jusqu'à ce jour, mais encore mérite d'être présentée comme la véritable méthode thérapeutique du lagophthalmos paralytique.

Pour diminuer le larmoiement, Fano (1) avait conseillé de fendre les conduits lacrymaux en arrière en vue de mettre leur cavité en rapport avec le sac lacrymal. Cette opération est devenue inutile, grâce à la tarsorrhaphie centrale, qui, relevant la paupière inférieure, reporte en arrière le point lacrymal inférieur. Bull et Hansen ont d'ailleurs dans ce but recommandé une opération analogue. Disons, toutefois, qu'ils font une suture des paupières plus étendue et la portent jusqu'au point lacrymal inférieur. Ils ont donné à leur procédé le nom de *tarsorrhaphie médiane.*

En résumé, la tarsorrhaphie centrale est une opération complète en ce sens qu'elle remplit toutes les indications exigées pour le traitement et la guérison du lagophthalmos paralytique, sans qu'il soit besoin d'avoir recours au bandeau compressif, toujours supporté avec difficulté par les malades, sans qu'il soit même besoin d'attendre la guérison de la paralysie faciale. Or, dans la tarsorrhaphie ordinaire, l'usage du bandeau est de règle et la guérison de la lagophthalmie est subordonnée à celle de la paralysie du nerf facial. Si nous considérons alors que l'emploi du bandeau compressif est toujours en soi une pratique mauvaise et qu'à un autre point de vue, le rétrécissement d'une fente palpébrale produit un effet disgracieux, nous pensons qu'il y aura toujours avantage à pratiquer la tarsorrhaphie centrale.

(1) Fano, Traité pratique des maladies des yeux. P. 1866.

Nous ne pouvons encore apporter à l'appui de notre manière de voir qu'un nombre restreint d'observations. Mais les quelques cas dans lesquels cette méthode opératoire a été suivie sont concluants, l'insuccès n'est jamais venu tromper l'attente du chirurgien. Pourrait-on en dire autant de la tarsorrhaphie proprement dite et surtout de l'usage du bandeau compressif? Nous avons plus haut essayé de mettre en lumière les inconvénients de ces deux procédés thérapeutiques et nous croyons avoir le droit, après cet examen, de considérer la tarsorrhaphie centrale comme le meilleur procédé capable de soulager et même de guérir les malades atteints de lagophthalmos paralytique.

Nous rappellerons, en terminant, que l'on doit se préoccuper de déterminer le siège de la paralysie faciale et d'en soigneusement rechercher la cause, afin de pouvoir instituer le traitement rationnel de cette paralysie. Examiner successivement les divers traitements qui ont été proposés pour la guérison de cette affection serait entrer dans l'étude de la paralysie du facial et ce serait sortir des limites de notre sujet. Nous nous bornerons à dire sur ce point que la paralysie rhumatismale de ce nerf dans le cours de laquelle survient d'ordinaire la lagophthalmie paralytique est seulement modifiée par l'action des courants continus (Onimus) (1). Ces courants sont employés de la manière suivante :

Le pôle positif est placé sur l'apophyse mastoïde ou sur le tronc du facial à la sortie de la parotide, et le pôle négatif sur le muscle orbiculaire (dans le cas de lagophthalmie), le plus près possible du point où le nerf pénètre dans le muscle.

Les séances ont une durée d'un quart d'heure environ, on a le soin de changer le sens du courant de quatre en quatre minutes.

(1) Onimus. Soc. thérap., 1873

Obs. I. — Lagophthalmos paralytique survenu dans le cours d'une paralysie faciale droite de nature rhumatismale.

L. M.., 60 ans, balayeur, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 11, service de M. le professeur Panas, le 27 février 1882.

Antecédents héréditaires : un frère mort d'apoplexie.

Maladies antérieures : à 21 ans, fièvres intermittentes — quatre ans après, névralgie sus-orbitaire droite traitée par le sulfate de quinine. — pas d'accidents syphilitiques.

Au commencement de janvier il s'aperçoit à son réveil que tout le côté droit de sa face ne se contractait plus. Il attribue cette hémiplégie faciale à un courant d'air. Huit jours plus tard, les voiles palpébraux du côté paralysé ne peuvent plus se réunir et laissent l'œil à découvert. Des douleurs péri-orbitaires et oculaires surviennent, l'œil s'enflamme et la vision diminue.

Etat actuel : Lagophthalmie accompagnant une hémiplégie faciale droite complète.

La portion interne de la paupière inférieure renversée un peu en dehors reste immobile, quels que soient les efforts que fasse le malade pour ouvrir ou fermer les yeux. De là larmoiement considérable, congestion interne des conjonctives oculaires et palpébrales. Cercle péri-kératique. Staphylôme partiel de la cornée à sa partie inféro-externe. A ce niveau la cornée est ulcérée, perforée et opaque, dans le reste de son étendue elle est opalescente. Pas de chambre antérieure, synéchies kérato-iriennes et irido-capsulaires. Douleurs sus-orbitaires très vives, pas de douleur à la pression. L'œil gauche fermé, l'œil malade ne peut voir la main, il distingue cependant le jour de la nuit ; fond de l'œil inéclairable.

Traitement. — Occlusion de l'œil droit avec du taffetas gommé ; quelques jours après soulagement du malade, amélioration de l'état inflammatoire du globe oculaire.

20 mars. La paralysie du muscle orbiculaire persistant toujours au même degré, M. le professeur Panas pratique la tarsorrhaphie centrale : trois points de suture à la partie moyenne des paupières, pansement boriqué.

25 mars. On retire les fils ; les paupières adhèrent bien, le malade ne souffre plus. A travers l'espace laissé libre de chaque côté des sutures on constate que l'œil est bien moins congestionné.

Quelques jours après le malade considérablement soulagé quitte l'hôpital. Un seul point de suture réunit maintenant les deux paupières, les deux points de suture latéraux ont été enlevés le 30 mars. Quant à la paralysie faciale elle a été traitée par les courants continus.

12 juin. Entre de nouveau dans la clinique de l'Hôtel-Dieu :

Œil gauche atteint d'iritis plastique ; il est douloureux et lui permet à peine de se conduire. Traitement : Iodure de potassium 4 gr. par jour. Cinq jours après la vision de cet œil était redevenue distincte.

L'œil droit dont les paupières sont réunies par un point de suture médian n'est nullement douloureux. Par les deux fentes latérales on constate la persistance du leucome, cependant la vision a fait des progrès ; la main est distinguée par le malade.

11 juin. M. Panas sectionne le point de suture. Il s'écoule un peu de sang. Les deux paupières sont dans une positon normale. La suture semble avoir agi en quelque sorte comme une attelle.

En haut et en bas du dernier point de suture un double

chalazion s'était développé ; on l'avait traité par des cautérisations au nitrate d'argent. La cause de ce chalazion semble devoir être rapportée à une inflammation des glandes de Meibomius.

Les paupières de l'œil droit ayant été libérées, nous constatons l'existence d'un leucome, de synéchies antérieures et la disparition de la chambre antérieure, en somme les lésions d'une kératite ulcéro-purulente. Cet œil voit bien la main qu'on lui présente, mais il n'en peut compter les doigts.

16 juin. M. Panas pratique sur l'œil droit une iridectomie en haut et en dedans. Trois jours après la vue de cet œil était distincte. Son occlusion se fait bien, quoique le pli commissural droit ne se forme pas encore, signe évident de la persistance de la paralysie faciale.

24 juin. Le malade se plaint de nouveau de son œil gauche depuis quatre jours de ce côté la vue est brouillée et l'œil est le siége de douleurs circumorbitaires. Après avoir constaté une congestion intense de cet organe, M. Panas prescrit l'appliction de quatre sangsues sur la tempe gauche et traite l'iritis, cause de cet état inflamatoire, par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Mais avant l'administration du traitement syphilitique, M. Panas recommande, ainsi qu'il a l'habitude de le faire, de traiter d'abord la gingivite que présente ce malade. Après quinze jours la bouche du malade étant en bon état, les frictions mercurielles qui constituent le traitement antisyphilique le plus actif et le plus sûr, sont commencées et poursuivies sans crainte de stomatite et sans avoir recours au chlorate de potasse.

8 février 1882. Nous revoyons de nouveau le malade qui, guéri de la lagophthalmie de l'œil droit et de l'iritis de l'œil gauche, avait cessé de fréquenter la clinique.

Il n'y a plus la moindre akinésie du muscle orbiculaire de l'œil droit. La paralysie faciale, grâce à l'emploi prolongé des courants continus, a fini par disparaître. Il reste un peu de contracture au niveau de la commissure labiale. La sensibilité est très nette sur tous les points de la face.

Le leucome persiste et empêche d'éclairer le fond de l'œil. A une distance de 40 mètres le malade distingue encore les objets; mais la vision est trouble, car elle se fait à travers la portion iridectomisée, en partie obscurcie par le leucome. Tonus de cet œil moindre que celui du côté opposé.

Œil gauche présente cristallin du vieillard et est parfaitement guéri de son iritis.

Remarque. — Cette observation montre que l'inocclusion des paupières amène des lésions conjonctivales et cornéennes,— que ces lésions sont heureusement modifiées par la fermeture artificielle de l'œil,— que la tarsorrhaphie centrale est un procédé d'occlusion excellent, que cette opération a une influence manifeste sur la paralysie elle-même, puisque le muscle orbiculaire a recouvré sa contractilité, malgré la persistance de la paralysie du facial.

Obs. — Paralysie faciale complète gauche. — Lagophthalmie. — Contracture limitée au facial antérieur.

En 1877, M. le professeur Panas, alors chirurgien de l'hôpital Lariboisière, eut l'occasion d'observer une paralysie complète du facial gauche datant de trois ans et ayant résisté depuis cette époque à tous les moyens thérapeutiques successivement employés. Il s'agissait d'une femme âgée de 36 ans, dont tous les muscles du

côté droit de la face avaient été frappés de paralysie trois ans auparavant ; depuis quelque temps, ces musles étaient passés à l'état de contracture, sauf le muscle orbiculaire, qui était resté paralysé et ne s'était pas par suite contracturé.

Les voiles palpébraux ne se rapprochant plus ni pendant la veille ni pendant le sommeil, il en résultait un larmoiement considérable et une inflammation des culs-de-sacs conjonctivaux.

M. Panas appliqua à cette malade le pansement occlusif comme on a l'habitude de le faire en pareil cas. Il n'obtint pas le moindre résultat favorable. L'appareil d'occlusion resta sans action, non seulement sur la paralysie, mais l'œil lui-même n'en retira aucun profit. Le poids du bandeau, la chaleur qu'il développait autour de l'œil faisaient souffrir le malade et l'irritation de cet organe, loin de s'améliorer, persistait et même s'aggravait.

En présence d'un insuccès aussi manifeste, il n'y avait qu'à renoncer à un pansement qui, outre qu'il était douloureux, allait à l'encontre du but qu'on se proposait. M. Panas se décida alors à pratiquer l'opération qu'il a depuis appelée tarsorrrhaphie centrale.

Dans l'étendue de 3^{mm} et vers le centre de la fente palpébrale, il fit un avivement des bords libres des paupières, en ayant soin évidemment de ne pas faire porter le tranchant de son instrument sur la ligne d'insertion des cils. Il sutura les voiles palpébraux par ces deux petites surfaces. Cinq jours après, l'adhérence était bien établie.

L'irritation de l'œil cessa, la paralysie du muscle orbiculaire des paupières jusque-là rebelle et qui avait résisté durant trois ans à toutes sortes de traitements disparut, grâce à ce petit procédé chirurgical.

Après un an la destruction du pont reliant les deux paupières

put être faite, le muscle avait recouvré ses fonctions, et le larmoiement et les inflammations conjonctivales ne reparurent plus.

Remarque. — Cette observation nous montre l'impuissance du bandeau compressif et les inconvénients graves qui résultent de son emploi.

L'action de la tarsorrhaphie centrale est bienfaisante et efficace ; elle seule a pu soulager la malade et la guérir d'une ancienne lagophthalmie paralytique rebelle jusque-là à tout traitement.

Observations recueillies à la clinique de M. Bowman, par M. Workman. Ophth. Hosp. Rep., vol. VII, 1871.

Obs. III. — Une jeune fille de 17 ans avait longtemps souffert d'un abcès fistuleux situé sous la moitié interne de l'arcade sourcilière. Après avoir donné issue à quelques fragments osseux, l'ouverture fistuleuse avait fini par se fermer. Après la cicatrisation, la peau, en s'affaissant dans la profondeur de l'ouverture, avait attiré vers celle-ci la paupière supérieure et l'avait fortement renversée en dehors. M. Bowman, après avoir par une opération autoplastique débarrassé la peau de ses adhérences avec la cicatrice, unit l'un à l'autre les bords des deux paupières vers leur partie moyenne et sur une étendue d'environ une ligne et demie. La malade se représenta au printemps suivant. Une forte adhérence s'était établie entre les deux paupières, de chaque côté de laquelle la fente palpébrale pouvait encore assez largement s'ouvrir pour les besoins de la vision.

L'auteur fit une nouvelle opération dans le but d'amener le tiers interne de la paupière supérieure renversé en dehors au même niveau que les deux tiers externes. Trois mois plus tard, la section de l'ankyloblépharon fut faite et, au bout de quelque temps, la malade put ouvrir et fermer l'œil malade aussi facilement que l'autre.

Obs. IV. — La deuxième observation diffère peu de la précédente, quant à l'opération et ses résultats. La lagophthalmie produite par la rétraction et le renversement en dehors de la paupière supérieure avait amené la formation d'un ulcère sur la moitié interne de la cornée. Après l'opération, l'ulcère fit place à une légère opacité.

Obs. V. — Dans un cas de paralysie du facial et de l'orbiculaire, l'impossibilité où se trouvait le malade de fermer complètement les paupières avait déterminé une inflammation de l'œil. Un ankyloblépharon temporaire fut établi quelques jours après; l'orbiculaire ayant regagné la faculté de se contracter, l'adhérence put être sectionnée.

Remarques. — Les résultats opératoires signalés dans la dernière observation sont bien ceux que nous avons aussi observés. La suture partielle des paupières contribue à rendre à l'orbiculaire la tonicité qu'il a perdue.

Les deux observations précédentes ne se rapportent qu'indirectement à la lagophthalmie paralytique. J'ai cru cependant intéressant de les citer pour faire connaître d'autres applications également avantageuses de la tarsorrhaphie centrale.

CONCLUSIONS.

Le lagophthalmos paralytique s'observe dans la paralysie de Bell. S'il est bien rare de le voir survenir dans les hémiplégies d'origine cérébrale, cela semble tenir à une indépendance des faisceaux d'origine du nerf de la septième paire. Le faisceau destiné au muscle orbiculaire des paupières s'éloignerait des régions qui sont le siège habituel des lésions cérébrales.

Par elle-même, la paralysie de l'orbiculaire palpébral est sans gravité ; elle est grave pour l'œil, dont l'occlusion est devenue difficile et le clignement impossible.

En attendant que le fonctionnement de l'orbiculaire puisse être rétabli, on pratiquera l'occlusion artificielle de l'œil, moyen excellent pour combattre les lésions douloureuses qui compromettent l'intégrité de la vision.

L'occlusion par le bandeau compressif est un procédé mauvais et insuffisant.

Par la pression qu'il exerce sur le globe oculaire, il est une cause de gêne et même de douleur pour le malade.

Par la chaleur qu'il détermine, il augmente certainement l'irritation de la surface oculaire.

Par la facilité de son déplacement, la coaptation des voiles

palpébraux est rarement obtenue et plus rarement encore maintenue.

En conséquence, rien ne saurait justifier l'abus que l'on a fait de ce mode d'occlusion.

Si ce procédé a pu parfois donner quelques bons résultats, la bénignité elle-même de la maladie semble devoir être plutôt invoquée que l'action efficace du traitement, car dans les cas de lagophthalmies un peu accentués, on le voit toujours échouer.

Il est bien préférable dans tous les cas d'avoir recours à la tarsorrhaphie centrale : c'est une opération simple, d'une exécution facile et ne présentant pas le moindre danger. Rien ne vient ici contrarier les avantages de l'occlusion. L'application de ce procédé contribue à rendre au muscle sa tonicité. La guérison de l'orbiculaire survient bien avant la guérison des autres muscles de la face.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Claude Bernard. — Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, t. II.

J. Grasset. — Traité pratique des maladies du système nerveux, 1881.

F. Panas. — Ectropion, in Nouv. dict. de méd. et de chir. prat., t. XXVI, 1878

Huguenin. — Anatomie des centres nerveux. Traduction de Keller, annotée par Mathias Duval. Paris, 1879.

Duret.. — Archives de physiologie, 1874, p. 60.

Heubner.. — Centralblatt, 7 déc. 1874.

Hallopeau. — Société de biologie, juil. 1879.

Coingt. — Thèse de Paris, 1878.

O. Berger. — Centralblatt f. Nerven., p. 266.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Landouzy. — Contribution à l'étude des convulsions liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales. Th. de Paris, 6 avril 1876.

Journal de de Græfe et de Walther, t. IX, 1826.

Duchenne, de Boulogne.—Traité de l'électrisation localisée, p. 669, 2e édition, 1861.

Onimus et Legros. — Traité de l'électricité médicale. Paris, 1879, p. 569 et suiv.

A. Vulpian. — Archives de physiologie, 1871-72, p. 256.

Bull et Hansen. — The leprous diseases of the eye. Christiana, 1879, in-8, p. 27. With 6 coloured plates.

Fano. — Traité pratique des maladies des yeux, 1866.

L. de Wecker et Ed. Landolt. — Traité complet d'ophthalmologie. Paris, 1878.

Archives d'ophthalmologie.

Annales d'oculistique.

Dieffenbach. — Die operative Chirurgie, t. I, p. 744. Leipzig, 1845.

Spencer Watson. – The practitioner, may 1873. Revue des sciences méd., t. II, 1873, p. 413.

Arch. für Ophth., t. III et IV.

Workman. — Enkyloblepharon temporaire. Opht. hosp. Reports, vol. VII, p. 1, 1871.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes muqueuses.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Effets physiologiques des courants électriques ; applications médicales.

Chimie. — Caractères distinctifs ; préparations et propriétés des iodures et des bromures.

Histoire naturelle. — De la morphologie végétale ; quels sont les changements, les dégénérescences et les transformations que les organes des plantes peuvent subir ?

Pathologie externe. — Des corps étrangers dans les articulations.

Pathologie interne. — Des applications de la percussion au diagnostic des maladies de l'abdomen.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hydropisies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme des voies lacrymales.

Pharmacologie. — De la sublimation, de la calcination et de la torréfaction ; quels sont les principaux médicaments obtenus par calcination et sublimation

Thérapeutique. — Des diverses voies d'absorption des médicaments.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Caractères cadavériques de la mort par suspension.

Accouchements. — Du palper abdominal ; sa valeur comme moyen de diagnostic de la grossesse, des présentations et des positions.

Vu : le président de la thèse,
PANAS.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.